

486

TESIS 829

# **La Familia de bajos recursos económicos:**

**Su Capital Cultural y la  
Atención de la  
Salud**



**-1996-**

1

**UNIVERSIDAD DEL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL**

**ALUMNAS:**

**Dondo, Lucila  
Lozada, Magdalena**



**PROFESORAS:**

**Lic. Ana Brandi  
Lic Ma. Elena M. de Minetti  
Lic. Alicia Ravizzoli  
Lic. Ingrid B. de Rivera**

## AGRADECIMIENTOS

*Estamos en deuda con muchas personas por su amor, aliento, apoyo, tiempo, dedicación y contribuciones teóricas. En primer término queremos expresar nuestro enorme agradecimiento a la Dra. Ana Comín, por su ayuda generosa en innumerables charlas, telefónicas y personales, de consultas informales y gratuitas. En ese contexto escuchó nuestro proyecto y nos ayudó a plasmarlo conectándonos con la gente del barrio "La Esperanza", donde se desarrolló la investigación.*

*Queremos agradecer especialmente a "Norma", una de las entrevistadas, quien nos recibió en el barrio. Ella nos conectó con las restantes entrevistadas y durante toda nuestro trabajo empírico nos acogió en su hogar demostrando un enorme interés y disposición por la tarea emprendida. No encontramos palabras para expresar nuestra gratitud para con Norma. Sentimos que ha sido una de las personas que más nos movilizó y enriqueció.*

*Nuestras familias también confiaron en éste trabajo desde el principio. Ellos han estado apoyándonos todo el tiempo.*

*Hemos tenido ayudantes profesionales de mucho valor: como el Equipo Docente de la Tesis en el diseño e implementación; para la investigación bibliográfica a la Dra. Ana Comín, a la Secretaría de Recursos y Programas de Salud, a las Naciones Unidas y al Equipo Docente de la Tesis; para consultas del contexto de la investigación a la Delegación Municipal de Benavídez; a las Hnas. Estela y Rossi y a Noco quien nos acompañó por primera vez a "La Esperanza".*

*Le debemos nuestra infinita gratitud a Luis Curutchet por la lectura crítica y cuidadosa del trabajo y de sus ulteriores cambios. A nuestros novios: Luis y "Paco" y a todas las otras amistades que no mencionamos pero que demostraron interés por la investigación y cariño por nosotras. A todos les agradecemos.*

*Extendemos nuestra gratitud a todas las mujeres entrevistadas: Alejandra, Norma, Elizabeth, Rafaela, Adela, Nora, Roxana, Pilar, Sixta y Evangelina. Ustedes nos dieron su tiempo con toda generosidad para realizar nuestra tesis.*

*!!!GRACIAS A TODOS!!!*

*Lucila M. Dondo- Magdalena Lozada*

## INDICE

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Fundamentación .....</b>	<b>2</b>
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>4</b>
Pobreza .....	4
Pobreza Mundial.....	4
"Caso Argentino" .....	6
Quiebre del Estado de Bienestar.....	7
Dos caras del crecimiento económico.....	8
Familia .....	12
Definición.....	12
La persona y la familia.....	12
Etapas del Ciclo Vital Familiar.....	14
Enfoque Sistémico.....	15
Atención de la Salud .....	19
Definición.....	19
Opina el Ministerio de Salud y Acción Social.....	19
Enfoque Sistémico de la Salud.....	21
Salud y Trabajo Comunitario.....	23
Relación "Médico-Paciente" .....	25
Situación Actual de la Salud.....	27
El Trabajo Social en Salud.....	29
Redes Sociales .....	34
Definición.....	34
Red Social-Salud.....	34
Sentido de la Participación.....	39

<b>Objetivos de la Investigación</b>	40
Objetivo General	40
Objetivos Específicos	40
Objetivos Profesionales	40
Definiciones nominales	41
<b>Contexto de la Investigación</b>	43
Datos relevantes del Barrio	43
Localización Geográfica (mapas)	48
Imágenes del Barrio (fotografías)	50
<b>Metodología</b>	54
Modelo de la entrevista	59
<b>Muestra</b>	62
Perfiles de las entrevistadas	62
Datos estructurales de la muestra	72
<b>Interpretación de los datos</b>	73
REDES SOCIALES	
Matriz, Lectura y Análisis de datos	73
CONCEPCION DE SALUD	
Matriz, Lectura y Análisis de datos	86
ACCIONES CONCRETAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD	
Matriz, Lectura y Análisis de datos	104
<b>Conclusiones</b>	131
Conclusiones Preliminares	131
Conclusión Final	139
Evaluación Empírica Personal	140
<b>Propuestas del Servicio Social</b>	141
<b>Bibliografía</b>	146

<b>Anexo.....</b>	<b>151</b>
Crónica de la Investigación.....	151
Artículo Diario “Clarín”.....	158
Sistematización por objetivos.....	159
Entrevistas.....	196
Alejandra.....	196
Norma.....	217
Elizabeth.....	226
Rafaela.....	240
Adela.....	248
Nora.....	262
Roxana.....	268
Pilar.....	281
Sixta.....	287
Evangelina.....	300



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## INTRODUCCION

El presente trabajo: "La Familia de bajos recursos económicos: su Capital Cultural y la Atención de la Salud", consistirá en una investigación de tipo exploratoria abordada desde la perspectiva del Trabajo Social.

La población elegida como unidad de análisis será: padre, madre o familiar a cargo de niños de 0 a 12 años provenientes del Barrio "La Esperanza", Benavidez, Partido de Tigre, Provincia de Buenos Aires.

El objetivo de esta investigación consistirá en conocer y analizar el capital cultural en la modalidad de atención de la salud que llevan a cabo los padres o el familiar a cargo hacia los menores.

Para desarrollar el trabajo se tomarán en cuenta la información y datos proporcionados por fuentes bibliográficas, informantes claves con experiencia en el tema y entrevistas de tipo vivencial-testimonial, técnica cualitativa, a individuos que se encuentren dentro de la franja elegida como unidad de análisis.

A través de las conclusiones a las que se aborden se intentará formular alternativas de respuesta desde el Trabajo Social.

## FUNDAMENTACION

El origen y la razón de ser de la presente investigación se funda en el hecho de que, como dice el 'Informe sobre la Salud en el Mundo (1995): Reducir las Desigualdades, publicado por la Organización Mundial de la Salud: "LA POBREZA ES LA ENFERMEDAD QUE MÁS MUERTES CAUSA EN EL MUNDO".

"La creciente disparidad económica es literalmente una "cuestión de vida o muerte" para los millones de personas que pagan con sus vidas el precio de la desigualdad.

A diferencia de la tendencia general, en algunos países en desarrollo la esperanza de vida esta disminuyendo, ya que los pobres mueren por la escasez de agua potable, de medidas sanitarias adecuadas y de atención básica de la salud.

En el informe se dice que la pobreza y el desempleo son causa y efecto de los problemas de salud, lo que crea un círculo vicioso en el que la enfermedad disminuye la capacidad para trabajar y, a su vez, reduce la posibilidad de obtener ingresos y empeora la pobreza generando así mas enfermedad. Esto puede explicarse porque nos encontramos con un Estado que considera el gasto en salud como una GASTO y no como una INVERSIÓN. Esta postura estaría fomentando el mencionado "ciclo económico de la enfermedad".

La pobreza es también una de las causas subyacentes de las discapacidades y la inanición y uno de los principales factores que contribuyen a las enfermedades mentales, el suicidio, la desintegración de la familia y la toxicomanía.

Según la Organización Mundial de la Salud, si no se toman medidas mundiales concertadas, esta principal causa subyacente de mortalidad,



morbilidad y sufrimiento en todo el mundo, bien podría ser causa de un retroceso en muchos de los grandes avances de salud de los decenios recientes".<sup>1</sup> ( Artículo "Año Internacional para la erradicación de la pobreza-1996: La larga sombra de la pobreza" Publicado por el Departamento de Informacion Publica de las Naciones Unidas)

Tomamos el aspecto de la salud porque creemos que la misma es un DERECHO NATURAL a todo hombre en tanto éste tiende a la conservación de sí y de la especie humana, y un DERECHO PRIMARIO porque mantener la salud es asegurar la convivencia en una sociedad ( en los orígenes de la vida humana la conservación de la vida y la salud fue una reacción instintiva, consolidada como costumbre por su uso hasta transformarse en derecho y obligaciones) y una OBLIGACIÓN en el sentido de responsabilidad que compete a los hombres de preservar y mantener la salud. Aquí cabe señalar que no siempre se dan las condiciones estructurales que aseguren la salud a la población y que, por lo general, los hombres suelen tomar conciencia de su valor cuando precisamente le falta."<sup>2</sup>

Nos abocamos a un sector poblacional carenciado con el objeto de conocer cuáles son los cambios en las condiciones de salud, cómo los vivencian y afecta.

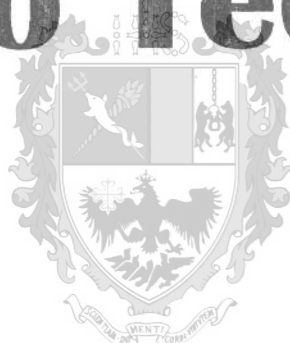
USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

---

<sup>1</sup> Artículo "AÑO INTERNACIONAL PARA LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA, 1996: LA LARGA SOMBRA DE LA POBREZA", Publicado por el Departamento de Información. Publicación de las Naciones Unidas.

<sup>2</sup> Kisnerman, N "SALUD PUBLICA Y TRABAJO SOCIAL", Editorial Humanitas 1990. Argentina, (pág. 4)

# Marco Teórico



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

Consideramos importante para comprender la problemática a investigar desarrollar los conceptos generales de POBREZA, FAMILIA ATENCIÓN DE LA SALUD Y REDES SOCIALES.

## **POBREZA**

### **LA POBREZA MUNDIAL**

#### **QUIÉNES SON LOS POBRES?**

Hay pobres en casi todos los países del mundo, aunque la mayoría abrumadora pertenece a las naciones en desarrollo.

Las mujeres padecen desproporcionadamente, lo que se refleja en el hecho de que representan el 70% de la población que vive en la pobreza, seguidas por los ancianos.

Las tasas de mortalidad de los lactantes son de aproximadamente 175 por cada 1000 nacidos vivos en África y cerca de 100 en la India. En el mundo desarrollado, tanto en Occidente como en Oriente, la media es de aproximadamente 15.

#### **QUÉ ES LA POBREZA?**

La pobreza se suele medir en dependencia del nivel de ingresos o de gastos que permite sustentar un nivel de vida estrictamente esencial. Pero también entraña factores tales como la nutrición, la esperanza de vida al nacer, la disponibilidad de agua no contaminada y condiciones higiénicas, la salud pública, saber leer y escribir y otros aspectos propios de la existencia humana.

En función de los niveles de ingresos, el Banco Mundial ha señalado el umbral de 370 dólares anuales per cápita como el límite para delimitar la pobreza: los que se hallen por debajo de ese nivel se catalogan como pobres. Los extremadamente pobres, según esta definición, son aquellos cuyo equivalente de ingresos anuales queda por debajo de los 275 dólares.

## DÓNDE HAY POBREZA?

La mayor concentración de pobreza se encuentra en las áreas rurales de Africa y de Asia.

En el sentido cuantitativo, el mayor número de personas severamente empobrecidas, cerca de la mitad del total, vive en Asia meridional, donde habita el 30% de la población mundial.

No obstante, la mayor concentración de pobres existe en Africa, especialmente en los países subsaharianos. Si bien en Africa se encuentra aproximadamente el 16% de todos los pobres del mundo, la mitad de todos los africanos son personas empobrecidas.

Aunque la pobreza urbana va en aumento, los pobres de las zonas rurales siguen representando más del 80% del total de las personas que viven en la pobreza en los países en desarrollo. El 60% de la población rural del Africa subsahariana vive en la pobreza, conjuntamente con el 31% de la población rural de Asia. En América Latina y el Caribe, el 61% de la población rural lo constituyen los pobres, según los cálculos nacionales.

Ahora bien, la pobreza ha comenzado a hacerse sentir asimismo en los países desarrollados, lo que se manifiesta en el hecho de que en los Estados Unidos y Europa Occidental cerca del 15% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza".<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social, Copenhague, Dinamarca 6-12 marzo 1995, Ficha Descriptiva 2, NACIONES UNIDAS.

## "CASO ARGENTINO"

### EVOLUCION DE LA POBREZA: TENDENCIAS RECIENTES:

"Durante 1994 comenzaron a percibirse tendencias preocupantes en algunos de los países que durante los últimos años habían mostrado progresivos avances en su lucha contra la pobreza, como Argentina, Costa Rica y México. En el caso de Argentina, donde se privilegió el control de la inflación, el crecimiento económico fue acompañado de incrementos del desempleo, que en su momento se atribuyeron principalmente al proceso de reforma...La notable expansión del desempleo durante **1995** fue el factor que más debe haber contribuido al agravamiento de la pobreza en las zonas urbanas, al contrarrestar en gran medida las mejoras logradas a partir de 1990. Las cifras disponibles para el Gran Buenos Aires indican que para 1990 y 1992 fue posible reducir de 16% a 10% la incidencia de la pobreza, descenso que debe haber continuado durante el bienio siguiente, aunque probablemente a una tasa menor debido a la desaceleración del alto ritmo de crecimiento del PBI por habitante y el aumento del desempleo abierto.

El ritmo de aumento del desempleo se aceleró desde mediados de 1994, y aún más a partir de comienzos de 1995, luego de la adopción de fuertes medidas de ajuste. Ya en mayo de 1995 la tasa de desempleo abierto en 25 aglomerados urbanos bordeaba 19% y llegaba a 20% en el Gran Buenos Aires. No obstante la existencia de un seguro de desempleo que benefició a parte de los trabajadores que quedaron cesantes, la escalada de la desocupación tuvo un grave impacto negativo en los estratos de más bajos ingresos. Así lo demuestran las cifras de desempleo abierto según niveles de pobreza: en octubre de 1992 la tasa de desocupación en el Gran Buenos Aires era del 6.7%, pero alcanzaba a 34.0% entre la población activa perteneciente al estrato pobre. De la actual cifra promedio de desempleo urbano en Argentina (que **TRIPLICA** la registrada en 1992) se desprende que debe haberse producido un incremento sustancial del número de hogares con desempleados, lo que tendría que redundar en un

fuerte descenso del ingreso de los hogares de los deciles más pobres, con el consiguiente AUMENTO DE LA POBREZA".<sup>6</sup>

#### QUIEBRE DEL ESTADO DE BIENESTAR:

El sector público, que en la Argentina cumplió históricamente sobre todo a partir de los '30-'40, un papel dinamizador y protagónico de procesos masivos de cambios sociales, signados fundamentalmente por la incorporación de sectores pobres a condiciones de vida y trabajo con protección social, cobertura educativa y posibilidades de mejora en sus condiciones de vida, se enfrenta a la acumulación de sus propias contradicciones y a un proceso de estancamiento y recesión económica<sup>7</sup>.

De esta manera, presenciamos el llamado "Quiebre del Estado de Bienestar", el cual deja importantes áreas y poblaciones sin cubrir, cuestionando de esta forma la legitimidad de su accionar. Nos encontramos entonces con un "Estado de Malestar", cuyas principales características, Alberto Minujin, en su libro "Cuesta Abajo", las define de la siguiente manera:

\* Vaciamiento presupuestario con particular énfasis en los sectores sociales;

\* Políticas Sociales inexistentes o acotadas a las "áreas blandas";

\* Descentralización desfinanciada de servicios altamente deteriorados;

<sup>6</sup> CEPAL: Panorama Social de América Latina 1995, cap. 1, pág. 19 y 22

<sup>7</sup> Minujin, A y otros, "CUESTA ABAJO: Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina", Ed. Losada SA, Bs. As., 1992, 3a. Edición 1995, (pags. 17 a 20).

\* Privatización total o parcial de servicios sin reglas que aseguren su eficiencia y mecanismos que permitan un acceso universal a los mismos;

\* Transferencia a las familias y la comunidad de responsabilidades referidas a la cobertura de necesidades básicas, que anteriormente pertenecían a la esfera pública;

\* Desregulación y flexibilización de las relaciones del trabajo.

La reestructuración del mercado de trabajo y la caída de los ingresos traen como consecuencia: incapacidad para generar nuevos puestos de trabajo, aumento del desempleo y subempleo, caída del empleo asalariado industrial, aumento del empleo femenino y el trabajo a tiempo parcial, incremento de la segmentación del mercado y de la precariedad laboral.

En síntesis, el "achicamiento del producto, la caída generalizada pero desigual de los ingresos, la creciente dispersión de los ingresos, un mercado de trabajo más segmentado y excluyente, fuertes modificaciones en el papel del Estado dan como resultante una sociedad que se reestructura, se recompone, en el contexto de un PAIS QUE SE EMPOBRECE"<sup>8</sup>.

USAL  
UNIVERSIDAD

## LAS DOS CARAS DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO

"...La extrema pobreza también está creciendo en países muy desarrollados, como los Estados Unidos y, más recientemente, en Europa. Y el fenómeno de empresas maximizando ganancias, pero simultáneamente despidiendo obreros es la contracara de un crecimiento económico que convive con altos niveles de desocupación.

La pobreza y la marginalidad no son fenómenos nuevos, pero su protagonismo en los últimos años será mayor que nunca. La creciente

<sup>8</sup> Minujín, A y otros, "CUESTA ABAJO: Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina", Ed. Losada SA, Bs. As. 1992, 3a. Edición 1995, (pag. 21).

globalización económica, que en otras palabras significa la enorme interdependencia entre todas las economías del mundo, genera impactos producidos por causas remotas. A veces crea empleos y riqueza en una región, y desempleo y pobreza en otras...

También ayuda a la creciente marginalidad de los más pobres la explosión económica, que ha modificado la medida del tiempo y del espacio, con la introducción de las computadoras personales, los fax y la red de Internet. Con ésta tecnología desaparecen numerosos servicios y los empleos que ellos generan, tendientes a cubrir la dispersión y desconexión de los clientes, los productores y los mercados...

Entendamos que nuestra pobreza nos pegará cada día con más fuerza, pero que no está relacionada con la recesión ni con la estabilidad de nuestra moneda. Tampoco con la apertura económica ni con el Mercosur, como muchos interesadamente quieren hacer creer. Nuestra pobreza es parte de un fenómeno mundial, es un defecto de nuestro sistema capitalista, que no es perfecto, como algunos fanáticos pretenden, y debe ser complementado con solidaridad pública y privada.

Necesitamos poner el gasto público al servicio de éstas necesidades, con políticas de educación, salud, vivienda y desarrollo social, sabiendo que es una tarea de décadas y que el éxito no debe pretenderse en pocos meses".<sup>9</sup>

Podemos decir entonces que "los adelantos tecnológicos y la globalización de la economía, si bien han creado riqueza, también han seguido aumentando la distancia entre ricos y pobres...

El proceso de integración es un proceso importante, positivo para las naciones que integradas en bloques económicos son más fuertes; pero es un proceso que se está generando sin contemplar a todas las naciones y a

---

<sup>9</sup> Artíclulo del Diario "LA NACION": "POBREZA Y CAPITALISMO", escrito pro el Director del Instituto Argentino del Mercado de Capitales Javier Gonzalez Fraga, 14/5/96, 1ra. Sección.



todos los sectores sociales. Y es así como los más débiles en cuanto a desarrollo económico, social, científico-tecnológico se encuentran cada vez con menos fuerzas, más pobres al no poder alcanzar el desarrollo de los países y sectores sociales más avanzados. De ésta forma es como se ensancha cada vez más la brecha ya existente entre ricos y pobres...

Si bien todos se encuentran afectados por el proceso de globalización, no todos los países y sectores sociales alcanzan el mismo grado de modernización, ya que hay algunos que quedan más excluidos que otros. Los procesos tecnológicos avanzan rápidamente y no todos pueden acceder a ellos con la misma facilidad...

Ésta consecuencia social de la globalización también la observaron los siete países más industrializados ( Estados Unidos, Japón, Canadá, Alemania, Gran Bretaña, Francia e Italia), reunidos en Lyon, Francia en el mes de junio de 1996. "La globalización es un logro crucial para el futuro de nuestros países y para el resto del planeta", afirmaron.

Sin embargo, los Siete reconocieron que "el fenómeno de intensificación de los intercambios comerciales y humanos pueden dejar a algunos- individuos o países enteros- en el camino.

La globalización presenta riesgos- admitieron- porque puede agravar las desigualdades en los países pobres y porque obliga a ajustes estructurales que muchas veces afectan a los sistemas de protección social y el empleo.

Por otro lado los Siete destacaron que la globalización no afecta a todo el Tercer Mundo por igual, ya que ciertos países como los del sudeste asiático o algunos latinoamericanos, aprovecharon el fenómeno y sus economías dieron un enorme salto hacia adelante."<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Diario "LA NACION": "LA GLOBALIZACION DE LA ECONOMIA FUE EL EJE DE LA CUMBRE DEL G7, 30/6/96, 1ra. Sección, pag. 9.

Pero ocurre que no todos los países son los suficientemente fuertes interiormente para unirse con otros y poder competir, igualándose un poco más con las grandes potencias. Los que no lo pueden hacer son aquellos países que cada vez se ven más pobres respecto a los países más desarrollados."<sup>11</sup>

El Informe sobre Desarrollo Humano 1996, publicado por las Naciones Unidas dice que "el crecimiento económico no suele traducirse en mejoramiento de vida de la gente".

El mismo Informe menciona y desarrolla cinco tipos de crecimiento que dan a la gente MENOS en lugar de darles MÁS:

- EL CRECIMIENTO SIN EMPLEO: Cuando crece la economía en general, pero no aumentan las oportunidades de empleo. Los países en desarrollo- dice- se ven particularmente afectados.

- EL CRECIMIENTO DESPIADADO: Aquel en que los frutos del crecimiento económico benefician principalmente a los ricos, y se deja a millones de personas sumidos en una pobreza cada vez más profunda.

- EL CRECIMIENTO SIN VOZ: Cuando el crecimiento económico no va a la par de la democracia o la potenciación individual.

- CRECIMIENTO DESARRAIGADO: En el que la identidad cultural de la gente desaparece a medida que crece la economía.

- CRECIMIENTO SIN FUTURO: En que el crecimiento económico consume su base natural misma, despilfarrando los recursos que necesitaran las generaciones futuras.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Dondo Lucila, "LA GLOBALIZACION", Trabajo realizado en la Materia Geopolítica -Pofesor Dr. Bardi-, Licenciatura de Servicio Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad del Salvador.

<sup>12</sup> Informe sobre DESARROLLO HUMANO 1996, publicado por las Naciones Unidas.

## FAMILIA

### DEFINICION:

“La familia es la base de la sociedad humana, anterior a la nación y al estado y está investida de derechos y deberes propios independientes de la comunidad civil. El deber y el derecho de los progenitores es proveer de mantenimiento, crianza y educación a sus hijos”.<sup>13</sup>

“Es la unidad social, inicial y básica en la que el individuo viene al mundo. Es una institución natural que opera como marco de referencia y matriz donde los sujetos se desarrollan. Es un grupo que en el curso del tiempo ha desarrollado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar que rige el funcionamiento de los miembros. La familia requiere de una estructura viable para desarrollar sus tareas: apoyar la individuación y desarrollar un sentido de pertenencia. Es decir, la red de interacciones constituyen la estructura familiar...”.<sup>14</sup>

### LA PERSONA Y LA FAMILIA

“La familia es el medio perfecto para lograr la comunidad íntima de vida y amor.

Como en todo grupo humano, existen entre sus miembros relaciones interpersonales. Algunas de estas formas de relación favorecen el crecimiento familiar e individual de los integrantes, otras no.

Las formas que favorecen son las siguientes: unión, diálogo, persuasión, participación, honestidad, generosidad, sinceridad y fidelidad. Las que no favorecen son: dominación, temor, imposición, violencia, mentiras, egoísmos, desunión, desintegración e infidelidad.

<sup>13</sup> Diccionario Enciclopédico EL ATENEO, Tomo II, tercera edición, 1980.

<sup>14</sup> Definición recogida de Material Teórico del Centro de Prácticas del Hospital Italiano, elaborado por la Lic. Fotheringham.

Cuando se practican las relaciones que favorecen el crecimiento, la familia se convierte para la persona en 'la escuela del más rico humanismo'.

De allí la necesidad de apoyarla y protegerla, y también la necesidad de vivir en familia.

Creer sólo es mucho más doloroso y difícil que crecer en sana familia. Una experiencia familiar positiva es la más grande fortuna que puede tener el ser humano en crecimiento; ejercerá benéfica influencia para toda la vida por haberle brindado algo esencial: Un mínimo de seguridad con la que la persona (el ser que crece) gana confianza en sí mismo, generosidad y actitud equilibrada.

La familia entonces es un conjunto de dos o más personas que:

- desarrollan una función socializadora a través de la relación cara a cara, la diferenciación de roles, la enseñanza del lenguaje y la vivencia de determinadas normas;
- transmiten un estilo de pensamiento y de vida;
- forman el tejido básico del carácter, la afectividad primaria y una primera visión del mundo, permitiendo desarrollar sentido de pertenencia.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Miraldi R. Luis y D. Pedagógico, "Formación Moral y Cívica", Ediciones Goudelias 1982

## ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR:

Las fases principales, relevantes para esta investigación, por las cuales la familia atraviesa en su ciclo de vida son:

- Formación de la pareja, definida por el hecho crítico del matrimonio o la convivencia estable de una pareja.

"Se trata de dos sujetos que vienen de distintas familias y que han aprendido en sus respectivos contextos de pertenencia, diferentes reglas y modelos comunicativos...Entre las tareas que deben afrontar durante ésta etapa de desarrollo se ponen de manifiesto: la formación de la identidad de la pareja y la redefinición de las relaciones con las familias colaterales y con los amigos, incluyendo en ellas al conyuge y la relación conyugal".<sup>16</sup>

Debe destacarse que ésta etapa puede provocar dificultades o bloqueos, ya que significa que los integrantes de la pareja se separen de su familia de origen y puedan formar una identidad de pareja.

- La familia con niños; fase que se define con el nacimiento del primer hijo. Este hecho crítico "cambia la definición de la relación entre los dos integrantes de la pareja, que se debe amoldar a un nuevo aspecto específico: no ya únicamente compañeros sino también padres de los hijos.

El sistema se torna más complejo, surgen problemas de organización familiar: opciones con respecto al trabajo de la mujer fuera de la casa, decisiones en cuánto a quién cuidará del niño en ausencia de los padres.

Durante ésta fase puede haber otro factor de crisis con el ingreso de los hijos a las estructuras socializantes. Es la primera vez que la familia se enfrenta con el mundo exterior, con el sistema social. Puede suceder más o menos precozmente (guardería, jardín de infantes), pero, con toda

---

<sup>16</sup> Campanini, A. y Luppi F., "SERVICO SOCIAL Y MODELO SISTEMICO", Ediciones Paidós, España, 1991, 1a. Edición, (Pag. 146).

seguridad, no se puede evitar cuando los hijos ingresan en la escuela obligatoria.

De esta interacción, la familia puede obtener la confirmación de sus propios modelos de organización, relacionales y comunicativos, y de las reglas educativas que ha establecido o, por el contrario, puede sufrir ataques y descalificaciones.

Según el mensaje que reciba, será inducida a abrirse a la interacción con el mundo exterior o, a la inversa, a cerrarse y aislarse cada vez más"<sup>17</sup>.

#### ENFOQUE SISTEMICO:

Consideramos a la familia como un SISTEMA. Este "se podría definir como un complejo de elementos interactuantes de tal modo, que el comportamiento de un elemento en cierta situación, es diferente al de ese elemento en otra situación. Y de tal manera, que si uno de los elementos se modifica, todo el resto de los elementos constitutivos de la totalidad se modifica también. Por lo tanto, un sistema es un complejo de elementos interactuantes de tal modo, que la modificación en uno de ellos repercutirá necesariamente en los demás"<sup>18</sup>.

Los sistemas se clasifican en cerrados o abiertos. Los primeros, son aquellos que no realizan intercambios con el medio ambiente. Los sistemas abiertos, dentro del cual ubicamos a la familia, por el contrario intercambian con el medio externo.

<sup>17</sup> Campanini, A. y Luppi, F. "SERVICIO SOCIAL Y MODELO SISTEMICO", Ediciones Paidós, España, 1991, 1a. Edición, (pags. 147 y 148).

<sup>18</sup> Vidal, R. "LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA", (pag. 19), citado por Robredo.L. en la materia: Seminario de Técnicas Familiares, 3er. año, 1994, Universidad del Salvador, Ftad. de Cs. Sociales, Escuela de Servicio Social.

"El sistema familiar está en constante intercambio con el medio en el que está inserto, es decir el conjunto de la estructura social. Implica los vínculos de la familia nuclear con la familia extensa, con el trabajo de los miembros adultos, con la escuela de los hijos, con los grupos de pertenencia ideológica, con el barrio donde vive"<sup>19</sup>.

Las siguientes propiedades específicas de los sistemas abiertos, que enumeraremos a continuación, son aplicables a los sistemas familiares:

1- Cumplen con el principio de totalidad, es decir que el sistema es un todo que trasciende la suma de las partes;

2- Tienen relaciones circulares, por lo cual lo que es causa también es consecuencia, al modo de la influencia multilateral y permanente de todos los miembros entre sí;

3- Tienen aptitud de homeostasis. Es la tendencia de un sistema a permanecer igual a sí mismo, para lo cual el sistema se sirve de mecanismos para que una nueva información que ingresa a los efectos de modificar el status quo, sea metabolizada de tal modo, que el equilibrio sistémico vuelva al momento anterior al ingreso de la información;

4- Tienen aptitud para el cambio, es decir aptitud para cambiar conservándose pero modificándose para adaptarse a las nuevas condiciones;

5- Tienen límites, membranas que separan sus partes y a todo el sistema del medio externo. En la familia los límites son aquellas fronteras que determinan quiénes participan y quiénes no de determinadas interacciones;

---

<sup>19</sup> Vidal, R., "LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA", pag. 25, citado por Lic. Robredo, L. en la materia: "Seminario de Técnicas Familiares", 3er. año, 1994, Universidad del Salvador, Ftad. de Cs. Sociales, Escuela de Servicio Social.

Límites internos entre partes y límites externos con el afuera. Estos pueden ser rígidos, flexibles o borrosos.

Los límites son reglas y siendo reglas fijan roles. Si son rígidos tendrán tendencia a usar la misma respuesta para distintas demandas. Si son flexibles tendrán capacidad de generar distintas respuestas para distintas demandas. La familia tendrá requerimientos internos (nacimiento de un hijo, enfermedad de un miembro, etc) y requerimientos externos (pérdida del trabajo del padre, una mudanza, etc.).

6- Los sistemas funcionan en un continuo dependencia-independencia en relación de los miembros entre sí y de los subsistemas entre sí. Cuando funcionan con excesiva independencia nos encontramos con familias denominadas "desligadas"; por el contrario, al funcionar con excesiva dependencia se denominan "aglutinadas";

7- Tienden a una diferenciación progresiva, o en su defecto a una segregación. Los sistemas cambian, se desarrollan y este proceso de desarrollo se sustenta en un orden que se complejiza a partir de la diferenciación progresiva de funciones que genera para su cumplimiento organizaciones estructurales de un orden superior. Si ésta diferenciación no se cumple, alguno de los miembros o alguna de las funciones quedarán segregadas;

8- Tiene una determinada distribución del poder que instala un orden jerárquico, donde hay alguien que tiene el control, y alguien que cumple. Por lo tanto se establecen sistemas de control y sistemas de dominio y sumisión o sistemas de distribución del poder de los miembros y del poder de los subsistemas en distintos momentos de la evolución. Ésto genera lucha entre las partes; por lo que en todo sistema familiar existen alianzas y coaliciones de modo normal.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Vidal, R. "LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA" (pág. 21 a 24), citado por Robredo, L. en la materia: "Seminario de Técnicas Familiares", 3er. año, 1994, Universidad del Salvador, Ftad. de Cs. Soc., Escuela de Scio. Social.



Creemos importante destacar que el sistema familiar se diferencia y desempeña funciones a través de sus SUBSISTEMAS. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Los subsistemas pueden formarse por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los cuales posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. En diferentes subsistemas se incorpora a diferentes relaciones complementarias.

Los subsistemas que encontramos en el sistema familiar son:

- el conyugal, el cual se constituye cuando dos adultos de sexo opuesto se unen con la intención expresa de constituir una familia;
- el parental, que surge cuando nace el primer hijo;
- por último el subsistema fraterno, el cual constituye el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus pares; aprendiendo a negociar, cooperar, competir, lograr amigos y aliados, lograr reconocimiento por sus habilidades, etc<sup>21</sup>.

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

---

<sup>21</sup> Minuchin, S., "FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR", Ed. Paidós, (pags 87 a 97).

## ATENCIÓN DE LA SALUD:

Todo lo que vivimos como familias y como barrio esta relacionado con la salud, por eso LA SALUD ES CUESTION DE TODOS.

La salud es como una construcción que se va haciendo de a poco. Es la manera de vivir, de afrontar los problemas, de crecer, de celebrar la vida<sup>22</sup>.

### DEFINICION:

La salud consiste en "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades" <sup>23</sup>; de ésta manera creemos en la importancia de que sea concebida y abordada en forma integral.

La atención de la salud comprende una serie de servicios que se presta a las personas, incluyendo actividades tanto de prevención como de tratamiento, recuperación y rehabilitación<sup>24</sup>.

OPINA EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

"La salud integral debe ser vista desde el punto de vista de su trascendencia, como un elemento básico para el desarrollo social de los países y del mundo en general.

Para mantener el completo bienestar físico, psíquico, social y cultural de los niños es fundamental alcanzar niveles críticos de calidad de vida que

<sup>22</sup> Dra. Comín, A., Cuadernillo Comunitario "CURAR EN SECRETO", 1996.

<sup>23</sup> DEFINICION DE LA "OMS", citada por Kisnerman, N. en su libro "Salud Pública y Trabajo Social", Ed. Humanitas, 1990, Argentina, (pag. 3).

<sup>24</sup> Sonis, A. y colaboradores, "ATENCIÓN DE LA SALUD", Tomo II, Editorial El Atenco, Argentina, 1983

permitan el ejercicio de derechos elementales para el ser humano: educarse, trabajar, participar, recrearse, acceder a la salud.

Necesitan paz, buenos ejemplos y una escala de valores, una familia continente y una visión viable de futuro para poder proyectarse.

Para promover y preservar la salud en general de niños y adolescentes de presentes y futuras generaciones es preciso adoptar una posición definida y tomar medidas efectivas y permanentes, antes que los daños y perjuicios psicosociales en incremento lleguen a proporciones difíciles de controlar.

El niño interactúa en forma permanente con su núcleo primario: su familia, y además con la comunidad que lo rodea. Las acciones dirigidas a mantener o recuperar la SALUD INTEGRAL del niño deben tener un enfoque participativo, familiar y comunitario, con aumento de los niveles de prevención, con énfasis en la prevención primordial y primaria, promoviendo estilos de vida saludables.

Esto implica que los sistemas formales de servicios de salud, el adiestramiento y la investigación deben incluir una MEDICINA SOCIAL con participación de la comunidad.

Para ello es necesario tanto la integración de las diferentes disciplinas en los equipos de salud cuanto la participación de los diferentes sectores: educación, trabajo, justicia, deporte.

El Sector Salud tiene la responsabilidad de convocar a los diferentes sectores y a la comunidad para lograr una adecuada integración y operatividad en las acciones.

Así la Salud Integral vista como un elemento inseparable del bienestar y como componente indispensable para el desarrollo, pasa a ser un objetivo de todos"<sup>25</sup>.

#### ENFOQUE SISTEMICO DE LA SALUD:

"Gran parte de las motivaciones que impulsaron el desarrollo del enfoque sistémico en los últimos años y su creciente utilización están originadas en la complejidad de los procesos del mundo moderno, complejidad que favorece y hasta exige la aplicación de un enfoque que permita la visualización del conjunto de los mismos y de las interrelaciones entre los distintos elementos que lo componen así como entre ellos y los sistemas de los que forman parte...

Surge así una corriente de pensamiento que postula que los sistemas complejos deben ser estudiados como tales, intactos, sin fragmentarlos, aceptando la complejidad como una cualidad esencial del sistema e iniciando una nueva estrategia científica...

El desarrollo posterior y la aplicación en distintos campos es ya materia corriente y ha originado una actividad muy intensa de la cual nos interesa aquella que hace directamente al campo social y al estudio de las organizaciones, ya que es en estos contextos en que se desenvuelven las actividades de atención de la salud.

Los problemas sociales conllevan de por sí tal complejidad de elementos interaccionados entre ellos que resulta difícil establecer cuáles son los problemas primarios y cuáles sólo consecuencia de éstos.

---

<sup>25</sup> Plan Nacional de SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, Ministerio de Salud y Acción Social, Sec. Recursos y Programas de Salud, Pag. 9, 1996.

Las múltiples combinaciones que presentan entre sí, dentro de su contexto social, los aspectos físicos y biológicos, las configuraciones psicológicas, las formas de organización, el manejo de los recursos, dan origen a dificultades para su estudio que deben ser conjuntamente enfocadas si anhelamos un análisis que proporcione los elementos adecuados para una definición operativa de los problemas.

La urgencia en encontrar soluciones para los problemas perentorios que la sociedad moderna plantea orientó hacia la aplicación del enfoque sistémico, y lo que podría denominarse 'el estudio de los sistemas sociales' llena un significativo capítulo aún en pleno desarrollo, sobre todo si consideramos la importancia de su consideración como sistemas abiertos...

La atención de la salud, que integra el sistema social, ha sido lógicamente encarada sistémicamente a través de numerosas tentativas que cubren todos los niveles de atención y que enfocan los problemas desde distintos ángulos y con diversas técnicas.

Por las mismas características del enfoque sistémico, por el fuerte enraizamiento que la atención de la salud tiene en la medicina misma, por la necesaria interrelación entre los niveles genético, biológico, ambiental y psicosocial que determinan salud y enfermedad así como por la multiplicidad de disciplinas que concurren en la estructuración del sistema de atención, la aplicación de este enfoque en el campo de la salud, se dio en distintos niveles y con perspectivas muy variadas que van desde aplicaciones muy concretas y específicas hasta conceptualizaciones de gran abstracción<sup>26</sup>.

Por último, creemos pertinente destacar que "la salud es un fin, un objeto permanente de preocupación individual porque le permite a cada uno realizarse... la salud revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona... es un proceso sutil ininterrumpido, salvo por la aparición de

<sup>26</sup> Sonis, A. y colaboradores, "ATENCIÓN DE LA SALUD", Tomo II, Editorial El Atenco, Argentina, 1983, (pags. 123 y 124).

enfermedades de etiología diversa que refleja la desadaptación al ambiente interno y al que nos rodea... Es un medio también porque constituye un componente del desarrollo, esto es, de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social"<sup>27</sup>.

"Salud-Enfermedad es un FENOMENO SOCIAL que trasciende lo meramente individual y biológico y abarca la comunidad como conjunto, aunque se exprese en individuos concretos"<sup>28</sup>.

### LA SALUD Y EL TRABAJO COMUNITARIO:

"Pensamos en la salud cuando sentimos su falta o al hacernos algún control para saber si todo anda bien. Casi podemos reconocerla por su ausencia. Pero la salud es mucho más que eso. Es la posibilidad, cualquiera sea nuestra situación, de tener una actitud activa frente a nuestro contexto, nuestra propia vida y a las relaciones con que interaccionamos.

La salud, como bien dijo la OMS hace algún tiempo, 'debe considerarse en su contexto físico, social, conductual y ecológico. Y en este modelo global, el fomento de la salud desempeña una función primordial. En las actividades de fomento sanitario conviene lograr la participación de otros sectores que contribuyen a la salud, como son los relativos a la enseñanza, a la alimentación, a la nutrición y al medio ambiente.

Es decir que se implican las esferas o sistemas donde nos movemos: como son la cultura, nuestras creencias, nuestras relaciones en las instituciones de la sociedad, nuestras propias relaciones personales: que como un entretejido modelan, conforman, contribuyen a que nos sintamos sanos. Por eso, desde esta perspectiva ecológica, la salud no es un bien

<sup>27</sup> III Reunión de Ministros de Salud en 1973, convocada por la Organización Panamericana Sanitaria (OPS), representante de la OMS en las Américas; citado por Kisnerman, N. en su libro: "SALUD PUBLICA Y TRABAJO SOCIAL", Ed. Humanitas, 1990, Argentina, (pág. 3).

<sup>28</sup> Kisnerman, N., "SALUD PUBLICA Y TRABAJO SOCIAL", Ed. Humanitas, 1990, Argentina. (pág. 3 y 4).

que nos llega tan solo como destino, sino que es una actitud, una capacidad, una forma de mirar.

Los trabajos comunitarios en salud se realizan desde esta idea integral de salud ya que involucra a los individuos en sus actitudes y en sus posibilidades de reformular sus creencias culturales. De esta manera se la convierte, a la salud, en integrante de la vida cotidiana de la gente y no en un nuevo 'bien de consumo' a adquirir en ventanillas hospitalarias o en clínicas para el stress.

El trabajo comunitario se plantea a partir de la prevención en el sentido amplio de la palabra. Prevenir no es sólo evitar, sino también detectar precozmente, realizar tratamientos y rehabilitar cuando sea necesario. Una prevención que invita a los miembros de la comunidad a hacerse cargo de su propia salud y a desplegar todas las posibilidades que existen dentro de ella.

No es una prevención alejada del lenguaje y las costumbres de la gente sino que está metida en la realidad y es por eso que intenta comprender a las personas desde su contexto cultural. Plantea a la salud no como algo individual sino como una actitud a adquirir, a defender y a reparar en forma conjunta. Desde esta perspectiva posibilita el compartir y logra una interacción de los distintos saberes que sea beneficiosa para los miembros de la misma comunidad. No sólo es una actitud campechana que empobrece el nivel médico sino una actitud que pretende posibilitar la adquisición y el despliegue de capacidades y competencias en los miembros de la comunidad, intentando que ellos se conviertan en actores del proceso de participación en la designación de necesidades, en el diagnóstico de recursos sociales y en el desarrollo de la actividad.

Como todo tipo de trabajo social tiene sus límites en la fragilidad de los lazos comunitarios y en la dificultad para obtener recursos que respalden este tipo de trabajo: pero sobre todo con la dificultad de romper la idea-



creencia hegemónica que la salud está depositada exclusivamente en manos de los médicos.

En fin, trabajar comunitariamente en salud es un desafío y al mismo tiempo una experiencia hermosa. Día a día intentar continuar conformando la red que sostiene y da fuerzas, que previene, que abre posibilidades, que valora las capacidades propias, que apuesta a lo colectivo, que cree que entre todos es mejor y que sobre todo permite, como dice un viejo refrán sobre la práctica médica: 'curar a veces, frecuentemente aliviar, consolar siempre'<sup>29</sup>.

#### RELACION MEDICO-PACIENTE:

Nos adherimos a la postura de la Dra. Ana Comín, quien dice:

" Qué pasa cuando nos encontramos con un médico?. Quién no ha ido alguna vez de consulta por un chequeo creyendo que estaba sano y salió vestido con una lista de patologías que casi no se entienden? O al revés, quién no fué en alguna oportunidad convencido de estar a punto de morir y encontró allí el aire fresco para seguir luchando y relativizar las cosas? Este misterio que ocurre en las consultas se llama RELACIÓN MEDICO-PACIENTE y es casi más importante que todos los remedios que se puedan recetar.

Esta manera de relacionarnos que tenemos los médicos con los pacientes ha ido cambiando con el tiempo, lo mismo que la concepción de salud. La forma mas tradicional quizás sea la de suponer que el médico sabe todo, como un pequeño diccionario ilustrado y que además no tiene sentimientos porque no le afecta lo que le pasa a su paciente. Entonces nos encontramos con la figura del doctor de Mafalda, subido al pedestal del saber y del poder: en sus manos está depositada toda la vida del enfermo; porque eso es el paciente: un enfermo que ya casi dejó de ser una persona

<sup>29</sup> Revista BUENAS NUEVAS, año III, nro. 10, abril 1996, pag. 12-13.



que además de sufrir algún tipo de problema tiene una inmensidad de otras posibilidades.

Pero también hay doctores que se comportan de otra manera. Son más cercanos, se dejan "tocar" por la situación de la persona que les toca atender pero a la vez logran guardar la distancia necesaria para ser útil. Un médico que puede consolar, que toma en cuenta todas las posibilidades que el paciente presenta y las potencia; un médico que más de una vez no está seguro del diagnóstico y necesita preguntar, investigar, buscar... Parece más humano, no?. Pero el riesgo que se corre es que nos de mucho miedo confiar nuestros dolores en una persona tan insegura y débil, y entonces casi preferimos que sea medio dios pero que podamos estar seguros que siempre sabe qué hacer y nunca le tiembla la mano...

En fin, la cuestión de las relaciones siempre da para pensar. Porque uno no existiría sin el otro. Que pasaría con nosotros los médicos si un día todos los pacientes se "revelan" y comienzan a pretender conocer bien todos los detalles y nos cuestionan nuestra actitud de sabelotodos? Y que pasaría, por otra parte, con los pacientes si los médicos comenzáramos a titubear delante de ellos? Quizás nos haría bien a todos. Sería la posibilidad de construir de nuevo estos roles y que el paciente además de tener mucha paciencia como su nombre lo indica también pueda poner de él para salir adelante y le agarre urgencia para mejorar y para resolver y que no se quede "pacientemente" esperando y esperando... y que los médicos no nos sintamos más los dueños de las enfermedades y los de nuestros pacientes sino que podamos operar y actuar con nuestro saber en beneficio de la construcción en común.

Quizás así se logre que muchos pacientes se sientan mas seguros de sí mismos, que se hagan mas actores de su propia vida y los médicos nos sintamos más aliviados al bajar al terreno con todos y dejar de sentir ese frío, mezcla de soledad y miedo, allá arriba en el pedestal.

Quizás así también la salud pase a ser NUESTRA salud y la podamos vivir en lo cotidiano del acontecer social, con esa extraña mezcla de claroscuros que nos da la vida. Y el acto de curar, aliviar y consolar inunde nuestras relaciones....."

## "SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD": OPINIONES DE PROFESIONALES Y EXPERTOS

"La idea de la crisis es quizá la palabra que mejor engloba cuál es la situación internacional del sistema de salud. En todos lados se habla de crisis... Y esencialmente se habla de crisis, de la insatisfacción de los usuarios, de la crisis de la calidad y de la crisis de los recursos financieros...

La organización de la salud clásicamente ha tenido tres grandes modelos y yo diría que ésto es siempre una especie de puchero. Es decir, lo que varía es la cantidad de mezcla que tiene cada modelo en cada uno de los elementos que lo compone... Ninguno de ellos es puro. Todos tiene una mezcla... Organizar hoy los sistemas de salud no es poca cosa... No porque tradicionalmente los médicos no hemos tenido demasiada aptitud organizativa y esto ha sido una actividad que centralmente ha estado en manos nuestras, sino, porque ha adquirido un volumen y una magnitud que ha trascendido el sentido organizacional de otras instituciones sociales que han tenido o han podido ser manejadas...

Los modelos son muy dependientes del modelo idiosincrásico del país, de su historia y de su nivel cultural, y por supuesto de la cuestión epidemiológica y de la situación demográfica... Si uno tuviera que hacer una síntesis diría que en todos los modelos se está dando una especie de acercamiento: Lo privado intenta acercarse a lo público en sus formas organizacionales, en algunos mecanismos de eficiencia. Inclusive, aunque no es la finalidad de lo privado, también en la búsqueda de algunas formas de equidad o que no sean tan inequitativos. Y lo público se acerca a lo

privado tratando de incorporar mecanismos de organización y de gestión de lo privado.

Una idea que a mí me parece que está metida siempre es la idea de los incentivos. Es decir, la idea de la vinculación económica con la producción; y ha sido aceptado que la salud es una industria de la producción y tiene que ver con la producción de bienes y servicios. El tema es saber cuál es el nivel justo de bienes y servicios, cuál es el uso apropiado de esa producción. Y bueno, con los servicios puede pasar lo que con los medicamentos. En dosis justas pueden causar bienestar, y en dosis elevadas matan. Ésto último ocurre con los servicios de salud, cuando la oferta es sobredimensionada.

La otra idea es la descentralización desde el punto de vista organizativo. Es decir, es llevar a los servicios un poco más cerca de la gente, con unidades descentralizadas con capacidad de acción local y de decisión local"<sup>30</sup>.

"Una tercera idea, o en éste caso alternativa, que de alguna forma quisiéramos fomentar es lo que daríamos en llamar una organización participativa. El tema central, sobre todo en lo que ha ocurrido en nuestro país, es que de los tres sectores que influyen directamente en el área de la salud ( los financiadores, los prestadores y las personas), se han adueñado del sistema de organización y de los sistemas de prestaciones los financiadores.

Se supone que gran parte de la insatisfacción en muchos casos tiene que ver con ésta escasa participación de la gente en la organización y en la opinión de los servicios de salud"<sup>31</sup>.

<sup>30</sup> Discurso del Dr. Ginés González García -Presidente de la Asociación de Economía Sanitaria Argentina-, en el 5to. Seminario "Calidad y Costo de la Atención Médica", 20-22 de julio. 1993. Publicado en el Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Compaginado y Corregido por la Srta. M. J. Azcuaga, pag. 79-84.

<sup>31</sup> IDEM, pag. 85 y 86.

"Es necesario reconceptuar la atención médica... Partimos de una atención médica curativa, de un concepto muy asistencial de la medicina.

Comenzamos mal ya desde la formación del recurso humano con la idea de formar a los médicos al lado de un paciente, o al lado de una cama o al lado de un especialista.

Producimos profesionales capacitados para la asistencia y muy pocos capacitados para la prevención y la promoción... Y eso después genera, juntamente con el mercado, tener una medicina cara y tener poca medicina preventiva y de seguridad social <sup>32</sup>".

## EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD:

"Nosotros entendemos que el TRABAJO SOCIAL procura crear una actitud crítica acerca de las causas-efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva transformadora que los supere.

Para ello, el Trabajador Social deberá:

- a) conocer científicamente los problemas,
- b) determinar cómo los hombres los enfrentan y qué alternativas de solución arbitran.
- c) capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos en la acción transformadora de los mismos.

<sup>32</sup> Cierre de la Sesión por el Coordinador Prof. Ferreira, L., en el 5to. Seminario "Calidad y Costo de la Atención Médica", 20-22 julio 1993, publicado en el Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, compaginado y corregido por la Srta. M. J. Azcuaga, pag. 87 a 89.